

ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Дроздова М.С., Перковский Г.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет».*

УЗ «Витебская городская клиническая больница №1»

Цель. оценить влияние тонизирования и торможения биологически активных рефлексогенных зон на кислотность желудочного сока и на скорость заживления эрозий/язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. В комплексном лечении 46 пациентов с гастродуоденальными эрозиями (38 – с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки, 8 – в желудке) и 54 пациентов с язвенной болезнью (41 – с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки и 13 – с язвой по большой кривизне желудка) - без желудочно-кишечных кровотечений в анамнезе - использовался метод традиционной восточной рефлексотерапии (10-12 сеансов, в утренние часы) – 1 группа [1]. Эффективность лечения оценивалась в сравнении с группой пациентов, получавших стандартный курс лечения (эрадикация

пилорического хеликобактера, блокаторы H2-рецепторов, антациды) – II группа: 48 человек с эрозивным гастродуоденитом (36 и 12 соответственно) и 60 – с рефлюкс-эзофагитом (44 и 16). Определялась рН в кардиальном отделе, теле и антральном отделе желудка (базальная) при поступлении в стационар и через 7 дней лечения (компьютерная система «Гастроскан 24» НПП «Исток-Система», Россия). Кроме этого, всем пациентам проведен ФЭГДС-контроль через 7 дней лечения и далее каждые 4-5 дней до эпителизации/рубцевания. Производился расчет следующих показателей [2, 3]

1. t_{lat} – латентный период (время от момента введения антацида/начала ИРТ до начала повышения рН);
 2. t_{max} – время максимального повышения рН;
 3. pH_{max} – максимальное повышение рН в антральном отделе и теле желудка;
 4. Dt – время от начала повышения рН до возвращения к исходному уровню (время ошелачивания);
 5. $DrpH$ – разница между максимальным и базальным уровнями рН;
 6. Коэффициент рубцевания по формуле: $K = (S1 - S2)/n$, где $S1$ и $S2$ – начальная и последующая площадь язвы; n – количество дней между исследованиями;
 7. Процент рубцевания по формуле: $\%R = K/S1$.
- Обработка результатов проводилась рутинными статистическими методами.

Результаты и обсуждение. рН-метрия через 7 дней лечения не выявила существенных различий базальной кислотности антрума и тела желудка – в обеих исследуемых группах отмечено её снижение по сравнению с исходными цифрами (до начала лечения). Однако у пациентов I группы ($n=12$), согласившихся на рН-мониторирование натошак и в течение 2-х часов после ИРТ, обнаружено, что продолжительность ошелачивающего действия ИРТ превышала таковую при приёме антацидов (гефал, альмагель) во II группе ($n=10$). Так, Dt в I группе было $58,6 \pm 3,12$ мин., а во II группе – $27,2 \pm 5,2$ мин. Кроме этого, у пациентов I группы была несколько больше $DrpH$.

Эпителизация эрозий при использовании иглорефлексотерапии происходила несколько быстрее (в среднем на 1,8 дня), чем при лечении «традиционным» методом.

Несмотря на то, что коэффициенты рубцевания язв в обеих группах существенно не отличались, процент рубцевания в I группе пациентов был достоверно выше ($4,82 \pm 0,12$ против $4,12 \pm 0,14$).

Полученный эффект от «утреннего» (8.00-8.20) рефлексогенного воздействия на желудок можно объяснить более длительным ошелачивающим действием ИРТ (по сравнению с приёмом антацидов) и созданием относительного «покоя» желудку натошак.

Лучшими точками для снижения кислотности и ускорения заживления гастродуоденальных язв мы считаем:

- при тормозном варианте воздействия: E36 (цзу-сань-ли), VC13 (шан-вань), MC6 (нэй-гуань);
- при тонизирующем варианте воздействия: VB20 (фэн-чи).

Выводы. Применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении эрозивно-язвенных заболеваний желудочно-кишечного тракта (без угрозы

кровястечения) ускоряет эпителизацию эрозий и заживление язв. Возможно, это происходит за счёт увеличения времени ошелачивания в желудке в начале пищеварительного периода

Проблема эффективности использования рефлексотерапии в межпищеварительный период требует дальнейшего изучения.

Литература:

1. Ташлыков, В.А. Метод комплексного лечения больных эрозивным гастродуоденитом с использованием групповой психотерапии, традиционной восточной рефлексотерапии с элементами самовнушения: Инструкция на метод // Ташлыков В.А., Кондрашенко В.Т., Дроздова М.С. - Витебск, 1997. - 6 с.
2. Перковский, Г.А. Метод прогнозирования длительности заживления язвенного поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки: Инструкция на метод // Перковский Г.А., Бураков И.И., Дроздова М.С. - Витебск, 1998. - 4 с.
3. Капралоя, Н.В. Эффективность Альмагеля НЕО при комбинированной терапии дуоденальных язв по результатам интрагастрального рН-мониторинга // Капралоя Н.В., Шоломицкая И.А., Колтунчик Л.В. - Сучасна гастроентерологія (Україна) - 2004 - №3 - С. 68-71